

**EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____º VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE - ESTADO DE PERNAMBUCO.**

MARTA SÍLVIA CLEMENTE, brasileira, solteira, desempregada, portadora do RG nº 2.532.466 SDS-PE, inscrito no CPF sob o nº 493.197.954-87, não possui e-mail, residente e domiciliado à Rua Nova, nº 2000, Caxangá, Vila José, Ribeirão-PE, CEP: 55520-000, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por seus advogados infra-assinado (instrumento de procura - doc. anexo), com fulcro no art. 319 Novo Código de Processo Civil e com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, promover a presente

AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA – DPVAT

em face de **TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A**, pessoa jurídica de direito provado, inscrita no CNPJ n. 60.831.344/0001-74, situada no CONDOMÍNIO EMPRESARIAL RIOMAR TRADE CENTER, Av. República do Líbano, nº 251 - Sala 1001 - Torre 2 - Pina - Recife-PE - Cep: 51110-160 e **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada à Rua Senador Dantas, nº.74, 5º Andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-205, pelo que declara e passa a expor:

- DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050062800000058942879>
Número do documento: 20032916050062800000058942879

Num. 59953246 - Pág. 1

Inicialmente, a Autora requer a V. Exa. o benefício da Justiça Gratuita, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, uma vez que não apresenta condições financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio ou sua família, motivo este, que requer a GRATUIDADE DA JUSTIÇA.

Art. 98 CPC: "A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

2. DOS FATOS

A Autora afirma que em 20/02/2020, entrou em um ônibus e que o motorista realizou uma freada bruscamente, e neste momento a Autora foi arremessada, ocorrendo o acidente.

A Autora foi socorrida por terceiros para o Hospital Dom Hélder Câmara, onde de acordo com os laudos médicos, **A AUTORA SOFREU FRATURA DO NONO AO DÉCIMO SEGUNDO ARCO COSTAL À ESQUERDA, ALÉM DE FRATURA NO ASPECTO SUPERIOR DA PAREDE POSTERIOR DO ACETÁBULO DIREITO**, observando-se a invalidez permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou cura.

3. DO DIREITO

Sendo a Requerente vítima de acidente de veículo motocicleta, atraí a aplicação da Lei nº 6.194/74 (**Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não**); conforme o artigo 3º, alínea "b" que dispõe:

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050062800000058942879>
Número do documento: 20032916050062800000058942879

Num. 59953246 - Pág. 2

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).
(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual
------------------------	------------

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050062800000058942879>
Número do documento: 20032916050062800000058942879

Num. 59953246 - Pág. 3

Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d)	100
comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
<u>Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar</u>	
	25

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050062800000058942879>
Número do documento: 20032916050062800000058942879

Num. 59953246 - Pág. 4

Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Portanto, a Requerente perfaz o direito de receber **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, a título de indenização, no entanto, **a Autora não teve seu pedido de indenização pela via administrativa deferido**, em total desrespeito com a legislação vigente, fazendo jus a Autora ao recebimento no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Contudo, caso este MM. Juízo entenda pela necessidade de perícia para avaliação das sequelas deixadas pelo acidente, que seja remetido para a diretoria de saúde do TJPE.

Assim sendo, **ingressa com a presente ação**, a fim de receber o valor correspondente à indenização do seguro DPVAT com base na Lei nº. 6.194/74.

Conforme documentos anexos, a Requerente comprova o acidente e o dano por este causado, em consonância com o art. 5º, da Lei 6.194/74, que exige a simples prova do acidente

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



independente da existência de culpa, conforme jurisprudências transcritas a seguir, *in verbis*:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES
APELAÇÃO CÍVEL 4550/96 - Reg. 3204-1 Cod.
96.001.04550 QUARTA CÂMARA - Unânime Juiz:
PAULO GUSTAVO REBELLO HORTA - Julg: 27/06/96
DPVAT. FALTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO. LEI N.
8441/92. INCONSTITUCIONALIDADE. INOCORRENCIA.
A Lei n. 8441/92 não conflita com o art. 192 da
Constituição da Republica nem contraria a essência
do contrato de seguro, previsto no art. 1432 do
Código Civil, nos casos em que o seguro não se
acha realizado ou vencido, pois a constituição
obrigatória do consórcio de seguradoras foi
criado justamente para cobrir a indenização
por pessoas acidentadas, independente do
pagamento do prêmio.
Inconstitucionalidade rejeitada. **A**
indenização por morte em acidente de
transito e devida, mediante simples prova do
acidente, ainda que não recolhido o DPVAT.
Cabe a seguradora açãoada reaver do
consórcio o que tiver satisfeito em face da
aplicação do art. 7. da Lei n. 8441/92.(grifo
nosso)

4. DOS REQUERIMENTOS

Dante de todos os fatos aqui esposados, bem como
legislação descrita e documentos juntados, **REQUER** à Vossa Excelência
o seguinte:

1) A citação das Requeridas, **pelos Correios**, nos
termos do artigo 247 do Novo Código de Processo Civil, para, querendo,
apresentar resposta à presente, no prazo e forma legais, sob pena de
lhe serem imputados os efeitos da revelia;

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050062800000058942879>
Número do documento: 20032916050062800000058942879

Num. 59953246 - Pág. 6

2) A **PROCEDÊNCIA** da presente demanda, com a condenação das Requeridas ao pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, alínea "b", da Lei 6.194/74;

3) Requer, ainda, a condenação das Requeridas nas custas, despesas processuais e honorários advocatícios, no importe de 20%;

4) A parte Autora vem a presença de Vossa Excelência informar que não tem interesse que seja designada audiência de conciliação ou mediação, na forma do previsto no artigo 334 do NCPC;

5) Por fim, requer os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita, consoante Lei 1060/50 e posteriores alterações, por ser a Autora pessoa pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa.

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, sem exceção de nenhuma, especialmente pelos documentos que instruem esta Inicial, prova pericial e todas as demais que se fizerem necessária para a perfeita elucidação do feito.

Requer ainda o Suplicante a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, inciso VIII do Código de Defesa do Consumidor, por ser parte hipossuficiente desta relação.

Outrossim, requer sejam todas as intimações publicadas exclusivamente em nome do Procurador RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, OAB/PE Nº 31.915, com endereço na Av. Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, sala 01, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP: 54410-010.

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com





Dá-se a esta o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).**

Nestes termos,
Pede deferimento.
Recife, 27 de março de 2020.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
OAB/PE Nº 31.915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050062800000058942879>
Número do documento: 20032916050062800000058942879

Num. 59953246 - Pág. 8

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marta Silvia Clemente
Brasileira Solteira
Desempregada, portador(a) do RG nº 2.532.466.905/PE,
inscrito(a) no CPF sob o nº 493.197.991-87, residente e
domiciliado(a) à Rua Rua Nilo
2000 Zaxaria Vila São Mariano - Recife PE CEP:
55910-000.

OUTORGADO: **RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido administrativo de indenização DPVAT.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 15 de Novembro de 2020.

Marta Silvia Clemente
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204-4039 / (81) 99543-4554

Scanned with CamScanner



ESTADO FEDERATIVO DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURI

07 R 49



POLEGAR DIREITO



Amorato Sílvia Gómez

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050076300000058942881>
Número do documento: 20032916050076300000058942881

Num. 59953248 - Pág. 1



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050076300000058942881>
Número do documento: 20032916050076300000058942881

Num. 59953248 - Pág. 2



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
6º DESEC
DELEGACIA DE POLÍCIA
19ª CIRCUNSCRIÇÃO
PRAZERES

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ºDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0109001336

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/02/2020** às **09:35**

OUTROS ACIDENTES - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/10/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101, 1** - Bairro: **PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FÁBRICA DA COCA COLA**
Local do Fato: **ONIBUS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EMPRESA BORBOREMA (AUTOR / AGENTE)
MARTA SILVIA CLEMENTE (VITIMA)

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARTA SILVIA CLEMENTE (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA LÚCIA CLEMENTE** País: **NÃO DELCARADO** Data de Nascimento: **20/7/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2532466/SDS/PE (RG) 49319795487 (CPF)** Telefones Celulares: **- 81982027402**

Motivo da Viagem: **OUTROS**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE RIBEIRAO, 2000, RUA NOVA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRAO/PERNAMBUCO/BRASIL, POSTO DE SAÚDE**

EMPRESA BORBOREMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

Complemento / Observação

DECLARA MARTA QUE ENTROU NO ÔNIBUS DA EMPRESA BORBOREMA E QUANDO IA PASSAR PELA CATRACA O MOTORISTA DO CITADO TRANSPORTE COLETIVO DEU UMA FREADA BRUSCA, DE FORMA QUE ELA SE DESEQUILIBROU E CAIU. QUE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO MOTORISTA PARA O HOSPITAL, QUE FOI DIAGNOSTICADO MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN, EMITIDA PELO HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA: FRATURA DO NONO AO DECIMO SEGUNDO ARCO COSTAL À ESQUERDA , ALÉM DE



FRATURA NO ASPECTO SUPERIOR DA PAREDE POSTERIOR DO ACETÁBULO DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Marta Silvia Clemente

**MARTA SILVIA CLEMENTE
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **LIGIA MARIA CORREIA DA SILVA** - Matrícula: **3854884**



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050084500000058942882>
Número do documento: 20032916050084500000058942882

Num. 59953249 - Pág. 2

RECIBO DO PAGADOR

go.net

Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE	CPF/CNPJ 493.197.954-87
Endereço RUA NOVA 2000	Bairro CAXANGA (VILA JOSE)
Cidade RIBEIRAO	UF PE Cep 55520-000
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA ME	CNPJ 8221560000188
Endereço RUA DRº GONÇALVES GUERRA 130 CEP: 55813-390	E-mail sac@gonet.com.br
Cidade RIBEIRAO	Fone (81)3621-1447

Extrato da Conta	
Assinante MARTA SILVIA CLEMENTE	Usuário marta232@gonet.com.br
Nº Doc. 513203	Valor 46,45 Vencimento 15/03/2020 Período 19/02/2020 à 14/03/2020
Conexões 39	Download 41,961 GB Upload 1,7685 GB
Tempo Utilizado 277:11:15	

Santander	Agência/Cód. do Beneficiário 4041/0392294	Nosso número 0000005132037
Extrato da Fatura MENSALIDADE - 03/2020 39,32 4 DIAS 10 MB CAA/TAM 12 7,13		

Santander 033-7 03399.03924 29400.000054 13203.701019 5 81950000004645

Local de Pagamento: PREFERENCIALMENTE NOS BANCOS SANTANDER					Vencimento: 15/03/2020
Beneficiário: GOONET TELECOMUNICACOES LTDA CNPJ: 8221560000188					Agencia/Conta: 4041/0392294
Data do Documento 20/02/2020	N. Documento 513203	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 02/03/2020	Nosso Número: 0000005132037
Uso do Banco: Carteira RCR	Especifico R\$	Quantidade:	Valor Documento		

Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente): Pagar preferencialmente no banco SANTANDER Após o vencimento multa de 2% e juros de 0,033% ao dia SRº CAIXA, NÃO RECEBER ESTA FATURA APÓS 27 DIAS DO VENCIMENTO		(=) Valor do Documento 46,45
		(-) Desconto
		(-) Outras Deduções/Abatimento
		(+) Mora/Multa
		(+) Outros Acréscimos
		(=) Valor Cobrado

Pagador: MARTA SILVIA CLEMENTE	
CPF/CNPJ: 493.197.954-87	
RUA NOVA 2000 PK AD CAMPO DE FUTEBOL, CASA DE SILVINHA CAXANGA (VILA JOSE MARIANO) - RIBEIRAO	

Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050091200000058942883>
 Número do documento: 20032916050091200000058942883

Num. 59953250 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Borbulha, Marta Silvia Clemente,
portador(a) do RG nº 2.920.166, SÓTEA, desenvolvida,
no CPF sob o nº 499.297.991-87, SES, PE, inscrito(a)
no CEP sob o nº 5520-000, residente e domiciliado(a) à
Rua Rua Ana ve Log. Catangá,
nº Lote catangá - Vila São Mateus, Recife -PE,
CEP: 5520-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 15 de Maio de 2020.

Marta Silvia Clemente

Scanned with CamScanner





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica:- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao décimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetáculo direito.**

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:37
SAME:

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX – SEM CONTRASTE

TÉCNICA: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

- Opacidades consolidativas com alguns focos fibroatelectásicos em ambas as bases pulmonares. Achado usualmente observado em situações de processo infeccioso em remissão, porém no contexto de trauma, pode corresponder a focos de contusão.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Aparente fratura da nona costela torácica à esquerda. Não foi possível analisar os segmentos costais mais inferiores.

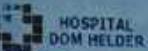
Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco

CRM: 18107

Scanned with CamScanner



Parecer



DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
FICHA DE EVOLUÇÃO NUTRICIONAL



Paciente: José da Silva Filho

Registro: 121614 Idade: 67 Enf/Leito VERDE - ORTOP. Data: 29/10/19

VIA DE ALIMENTAÇÃO:

ORAL

Consistência: () Líquida () Líquido-Pastosa () Pastosa () Branca (K) Normal () Líquidos espessados
Tipo: () Livre (K) Hipossódica (H) hipoglicídica () Hipolipídica () Hepatopata
() IRC Conservador () IRC Dialítico () Laxante () Constipante () SIG

() JEJUM/ ZERO: Justificativa: _____

Aceitação da dieta: () Ótima (100%) (K) Boa (100-75%)
() Moderada (75-50%) () Ruim (<50%)

Intolerâncias/Alergias: _____

Alteração de padrão Alimentar: () Redução na quantidade
() Dieta líquida () Dieta líquida sem resíduos

Uso de Terapia Nutricional Oral (TNO): (K) Não () Sim: Tipo: _____

Sintomas Gastrointestinais: () Disfagia/ Odinofagia () Anorexia () Náuseas/ Vômitos () Dispneia
() Distensão abdominal () Diarréia (K) Constipação () Sem queixas

Exame Físico: (K) Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() ENTERAL

Fórmula – () Padrão () Específica

Tipo: () Normo/Normo () Normo/Hiper () Hiper/Hiper () Controle Glicêmico
() IRC Conservador () IRC Dialítico () Cicatrização () Pneumopata
() Hepatopata () Semi-elementar () Elementar
() Modúlos: _____

Via de Administração: () SNE () SOG () SNG () GTT () JTT Infusão: () BIC () GRAV

Tolerância: () Adequada () Regurgitação () Diarréia () Constipação () Dist abdominal () Hiperglicemia

Volume Dieta: () 30 ml/h () 40 ml/h () 50 ml/h () 60 ml/h () 70 ml/h () 80 ml/h () Outros: _____

Total Ofertado: Kcal: _____ (____ Kcal/kg/dia) PTN: _____ g (____ g/kg/dia de proteína)

Volume Água: () 100 ml () 200 ml () 300 ml () Sem Água Horários: _____
() Outros: _____

Exame Físico: () Sem edema () Com edema () Ascite () Anasarca

() PARENTERAL: _____

NAN: () Terciário (K) Secundário () Primário

Observações: _____

L.F. da S. Almeida
Nutricionista
09/10/16

Nutricionista

Scanned with CamScanner



RECEBO DO PAGADOR



Pagador MARTA SILVIA CLEMENTE
Endereço RUA NOVA 2000
Cidade RIBEIRAO

UF PE

CPF/CNPJ 493.197.954-87
Bairro CAXANGA (VILA JOSE)
Cep 55520-000

Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA ME
Endereço RUA DR^O GONÇALVES GUERRA 130 CEP: 55813-390
Cidade RIBEIRAO

CNPJ 8221560000188
E-mail sac@gonet.com.br
Fone (81)3621-1447

Extrato da Conta

Assinante MARTA SILVIA CLEMENTE

Nº Doc. 513203 Valor 46,45 Vencimento 15/03/2020
Conexões 39 Download 41,961 GB Upload 1,7685 GB
Tempo Utilizado 277:11:15

Usuário marta232@gonet.com.br
Período 19/02/2020 à 14/03/2020



Agência/Cód. do Beneficiário 4041/0392294

Nosso número 0000005132037

Extrato da Fatura

MENSALIDADE - 03/2020	39,45
4 DIAS 10 MB CAA/TAM-12	7,13

Santander 033-7 03399.03924 29400.000054 13203.701019 5 8195000004645				
Local de Pagamento PREFERENCIALMENTE NOS BANCOS SANTANDER				Vencimento
Beneficiário GOONET TELECOMUNICACOES LTDA CNPJ 8221560000188				15/03/2020
Data do Documento 20/02/2020	N. Documento 513203	Especie Doc. DM	Acaba N	Data Processamento 02/03/2020
Uso do Banco	Cartera RCR	Especie R\$	Quantidade	Valor Documento
Instruções (Texto de Responsabilidade do Cedente) Pagar preferencialmente no banco SANTANDER Apos o vencimento multa de 2% e juros de 0,033% ao dia SR ^O CAIXA, NÃO RECEBER ESTA FATURA APOS 27 DIAS DO VENCIMENTO				
(=) Valor do Documento: 46,45 (-) Desconto: (-) Outras Deduções/Abatimento: (+) Mora/Multa: (+) Outros Acréscimos: (=) Valor Cobrado:				



Autenticação Mecânica/Ficha de Compensação

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050104100000058942885>
 Número do documento: 20032916050104100000058942885

Num. 59953252 - Pág. 4



RECEITUÁRIO

Maria Silvia Clemente

Louvo Médico

Declaro que a paciente
acima apresenta fratura
de costelas em consolidação
em acompanhamento
ambulatorial.

22/11/19

D
Dr. Xisto Lúcia
Urologia
CRM-PE 16.635



HOSPITAL
DOM HELDER

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL - NRS 2002

LMH

Data: 29/10/19

Paciente: Marta Silva Elemente
 Peso Atual: 64 Peso Habitual: Altura: 152 Idade: 59 Registro: 123614
 Leito: VERDE - ORTOP

Parte 1 – Triagem Inicial

Paciente Apresenta IMC < 20,5?

IMC = 29,0 kg/m²

SIM

NÃO

Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?

Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?

Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total: 0 Não Nutrônico

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Alison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN: guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Radan.

Scanned with CamScanner



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
30/03/19	Hospitalizada
17:00h	pel sob suspeita de frat. pectoral
	TC: SI Fmt. cu sintomas
	mobilidade prazerosa.
	CD: Dito na enfermaria
	Sch. orientado Dr. Coimbra
	<i>30/03/19</i> <i>Assistente Social</i> <i>Assistente Social</i> <i>Assistente Social</i>
30/03/19	Serviço Social
20:35h.	Setor comunicado acerca da alta.
	Realizado Alcedinamento à Família,
	prestadas orientações pós alta e sobre
	seguro DPAT.





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marta Silvia Clemente Registro: 12.16.14

Clinica: _____ Enfermaria: Venk - Leito: _____

Data/Hora	Serviço Social
29/10/19 23:55h	Realizada visita ao leito, atendimento social. Pat. acompanhada de filha que refere que a mesma reside com o esposo em Ribeirão Preto, possui filhos básicos de Sandá. Prestadas orientações das normas e rotinas do hospital, direitos da usuária do SUS e seguro DPVAT.
	<p style="text-align: center;">Assistente Social</p>
	# CG #
30/10/19	- Recurso vítima de queda do próprio cinto de segurança no RCE, s/ outros queixas. # Exame EG (exame) orientado, supraco, normocorolo, dinâmico, estrutural, hidratado ABD = flexível, desmobilizável, indolor e nalgas EXT = sem restrições de movimento. # Exames (28/10/19) - TAC de abdome s/ contratos: futura da menina ao decíduo segundo arcos costais a (E) + futura superior no parâde posterior do estômico. - TAC de torax s/ contratos: opacidades consolidativas em ambos os lóbulos inferiores podendo corresponder a falso de contratos, a envoltória de decíduo plenar aponta futura da gestante torácica a (E). # CD: 1) Alto de estômago, constipação gástrica 2) Acometimento (osteopatia) p/ resultado TAC de Abdome p/ Drs. Kauaius. 3) baixo de estômago p/ DM.
	<p style="text-align: right;">Data: 29/10/19 Ass. F. Marques CRM: 10995 Mat: 1942007</p>



C. jut
soc traz e abclrs
s. est
DNI. Comunacão
Grau de
O Direito d'Justico
J/131-57

29/10/19 serviço social
setor comunicação acerca da ação
interna. feira localizada e orientada
quanto ao reuso hospitalar.


Assistente Social
SG-1605011490000058942886

02/11/2020

Scanned with CamScanner





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Referência: 530509
Data \ Hora: 28/10/2019 17:59

Senha da Classificação:

0040

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: FEMININO
 Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE Nome do Pai:
 Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
 Endereço: RUA NOVA - VILA JOSE MARIA! 2000 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO SP Usuário Atendimento: GISELEMSS
 RG (Identidade): 2532486 SDS/PE Data de Emissão: 29/09/2011
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487 Fone: 982422064
 Cartão SUS: 701007887174891 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal Forasteira com dor de ouvido ao longo do dia, que se intensificou
após febre baixar de 39,5°C, relatada em HCK-

Exame Físico

Físico Eb. leg., espesso, lento, frustato, connato.
~~E. frustato~~

Hinweise Diagnostico

Colthorpe

Conduta Terapêutica

Re do trans of Tch above total

Prescrição Médica | DC

ATENDIDO Log. 10 ml. ✓ fucina
Roxana 10mg - 1ml ✓ 22:50

ATENDIDO Laurita 8mg - 1ml ✓
Pati 10ml

ATENDIDO *Guadalupe Domingo
Perez Adams*

Dr. Emanuel Alencar
Cirurgião Geral
Carimbo/Médico

Carimbo/Mexico

EM CASO DE INTERNACÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

23/07 - 22:30 hs - paciente fratura periódica placa verote.
Evoluiu em OR, consciente, ouverteada. Segue aos cossos
da escavação de entomologia.

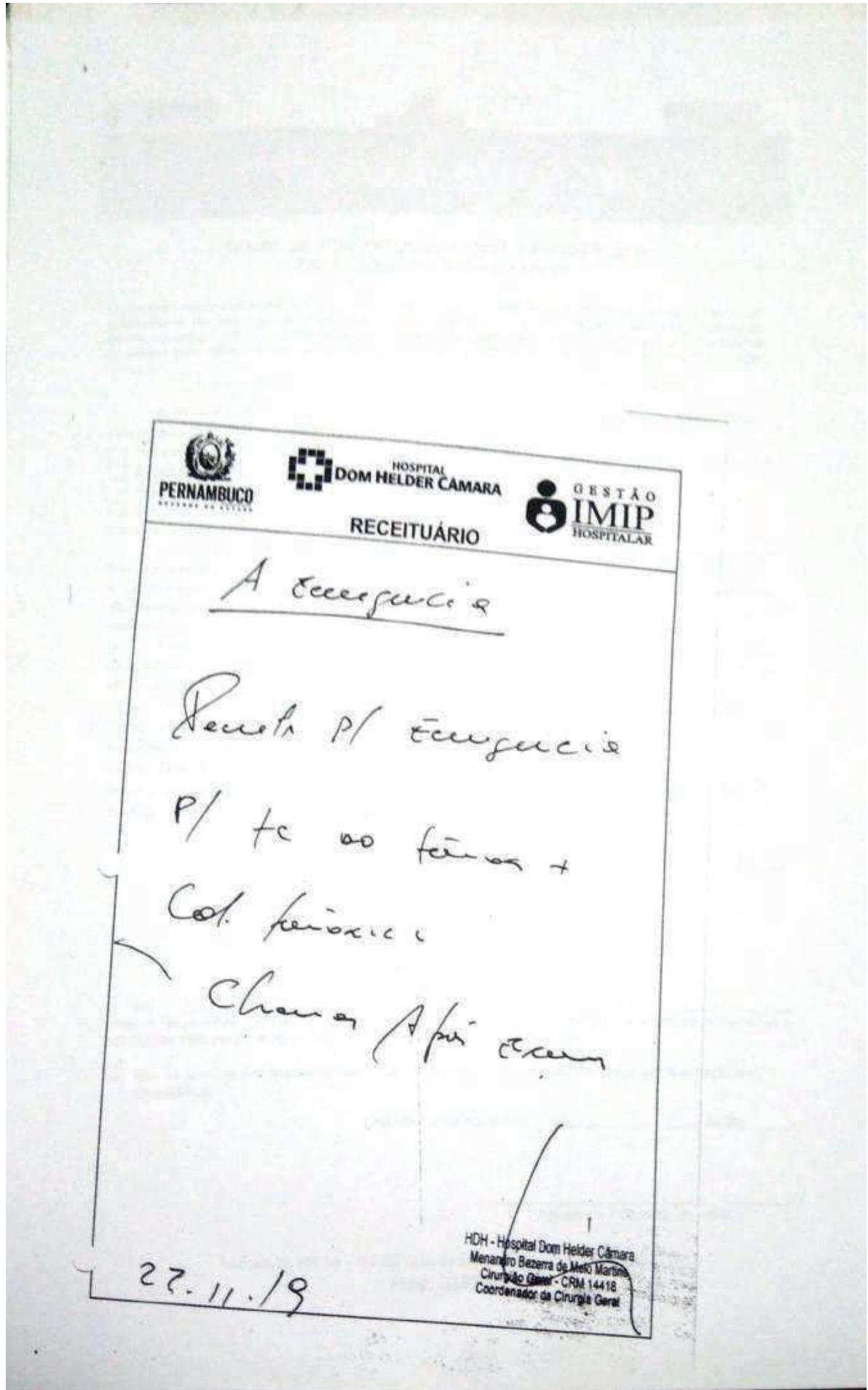
Scanned with CamScanner



 <p>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</p>		HOSPITAL DOM HELDER CAMARA 		
Nome Social: MARTA SILVIA CLEMENTE (Paciente)		LEITO 16 /575 (Setor /Leito)		
Dt. de Nasc: 20/7/1960 Cidade: RIBEIRAO PRETO Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE		Registro: 121614 CNS: 7010078887174891 Bairro: CENTRO		
IDADE: 59 <small>ANOS</small>		PESO: 9 <small>DIAS</small>		DATA DE ADMISSÃO: 29/10/2019
ALERGIAS: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUAL:		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> AEROSOL <input type="checkbox"/> GOTICULA <input checked="" type="checkbox"/> REVERSO		PRECAUÇÕES
RISCOS INDIVIDUAIS				
<input type="checkbox"/> Lesão por Pressão <input type="checkbox"/> Perda de SNG <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Extubação <input type="checkbox"/> Perda de SNE				
Cirurgia: _____ Anestesia: _____				

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:01
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050126100000058942887>
Número do documento: 20032916050126100000058942887

Num. 59953254 - Pág. 2



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER_001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansano	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Drº(a) _____ credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

Tratamento:

Assistência clínica: _____

Procedimento: _____ ou

Exame: _____

a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a), CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Gerlane Maria da Silva RG: 6734889
Data de nasc.: 25/11/1983 Grau de parentesco: Mora

Cabo de Santo Agostinho, 21 de Novembro de 2019.

Gerlane Maria da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000

Scanned with CamScanner



Am - 22/32

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

endimento: 534858
Data e Hora: 22/11/2019 10:30

Senha da Classificação: **0018**

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE
 Sexo: FEMININO
 Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE
 Nome do Pai:
 Estado Civil: CASADO
 Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO
 Endereço: RUA NOVA
 - VILA JOSE MARIAI 2000
 SP
 Usuário Atendimento: MARIANPG
 Idade/UF: RIBEIRAO PRETO
 SDS/PE Data de Emissão: 29/09/2011
 RG (Identidade): 2532466 Fone: 982422064
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487
 Data de Emissão CRN:
 Cartão SUS: 701007887174891
 CRM: 16635

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal
Paciente com história de fratura de costelas há ± 20 dias

Exame Físico
MVA em AHT

Hipótese Diagnóstico
Fratura de Costelas

Conduta Terapêutica
TC

Prescrição Médica
TC: Ausência de hemorragia ou pneumotórax
cat: alta hospitalar

(Assinatura) Dr. Xisto Luna
 Urologia
 CRM-PE 16.635

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico

Scanned with CamScanner

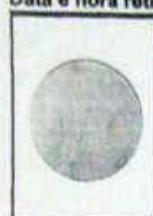


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/11/2019 09:44



Nome Paciente: MARTA SILVIA CLEMENTE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/07/1960
Sexo: Feminino
Idade: 59 anos
Senha: 0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 22/11/2019 10:12 - 22/11/2019 10:25

ROSLIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENC. DO AMBULATORIO DE C. GERAL PARA REALIZAR EXAMES

Observação: REFERE HAS, DM, INSULINA 2X DIA, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA 134/97,
SAT 97%, FC 83 BPM. HGT=396

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 22/11/2019 10:25

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:01
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050126100000058942887>
Número do documento: 20032916050126100000058942887

Num. 59953254 - Pág. 5



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESO



Atendimento: 534833

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Data e Hora: 22/11/2019 08:33

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1980 Idade: 39 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Nome do Pai:

CRM: 14418

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS

→ VILA JOSE MARIA/ 2000

Bairro: CENTRO

Endereço: RUA NOVA

Usuário Atendimento: SURAMARMS

Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO

SP

SDS/PE

Data de Emissão: 29/09/2011

RG (Identidade): 2532466

Fone: 982422064

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

Pacote Cocee por fáceo nco

A exame exame

EXAME FÍSICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: *Are* / _____

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações:

HDC - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador da Cirurgia Geral
Carimbo/Médico

25/11/2019
HDC - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SAME

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:01

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050139900000058942888>

Número do documento: 20032916050139900000058942888

Num. 59953255 - Pág. 1



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 537436

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Data e Hora: 06/12/2019 06:41

Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 20/07/1960 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE Nome do Pai:
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE CRM: 14418
Endereço: RUA NOVA -- VILA JOSE MARIAI 2000 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: RIBEIRAO PRETO SP Usuário Atendimento: JAIDETTENS
RG (Identidade): 2532468 SDS/PE Data de Emissão: 29/09/2011
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49319795487 Fone: 982422064
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____ Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

notações: _____

DH - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador da Cirurgia Geral

Carimbo/Médico

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

Scanned with CamScanner





Atendimento do Paciente: 830717

Data e Hora do Atendimento: 29/10/2019 16:32

Usuário do Atendimento: DAYENESS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Prontuário: 121614

Nome do Paciente: MARTA BILVIA CLEMENTE

Nome do Pai:

Nome da Mãe: MARIA LUCIA CLEMENTE

Idade: 59 anos Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 20/07/1960

RG: 2532466

SDS/PE Data Emissão: 29/09/2011

Estado Civil: CASADO

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

CPF: 49319795487

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Naturalidade: RECIFE

Ocupação Habitual: DO LAR

Carteira Nacional SUS: 701007887174891

2000 CENTRO

Fone: 982422064

Endereço: RUA NOVA

SP CEP: 14010909

Cidade: RIBEIRAO PRETO

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM CABO STO AGOSTINO

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Leito: LEITO 16

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Hospital Dom Helder Camara
Colaborador: Dr. Ferrara
Data: 29/10/2019
Assinatura: 10/11/2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabido Santo Agostinho, 29/10/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Vermelho

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achados:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao décimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetáculo direito.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco

CRM: 18107





Transferência Médica
Secretaria de Saúde/ Cabo de Santo Agostinho.
Policlínica Dr. Jamaci de Medeiros



Data: 28/10/19	Hora da solicitação:	Hora saída da unidade:
Nome: Maria Silveira Clemente		Idade: 59a Sexo: F
Senha Central Leito: 5P03491	Senha SAMU:	Hospital Destino: Hospital Dom Hélio
Hora solicitada: 16:10	Atendente na Central de Ambulância:	Especialidade: Câncer Geral
Motivo da Transferência: HD: Trauma Pechado de Abdome.		

Anamnese:

Paciente veio a unidade trazida pela equipe de enfermagem, após relato de queda dentro de casa onde o paciente estava. DH+.

Foi realizada toxicologia urinária e a dor permaneceu melhora. NBT: 343 mg/dL. Não houve uso de exames de imagem para elucidação da lesão óssea esquerda.

Dr. Orlando Almeida
Médico
CRM-PE 26385

Carimbo e assinatura
Médico que solicita a remoção

scisa do acompanhamento do médico:

é não: quem deve acompanhar: Enfermeira: _____ Técnico de Enfermagem: _____

Carimbo e assinatura
Médico que confirma o antes exposto

Para o Médico/Enfermeira/Técnico de Enfermagem que acompanha na remoção:

Motorista:

Evolução do Paciente:

Carimbo e assinatura
Profissional que acompanha a remoção

Fazer duas vias, original na transferência, cópia anexa no prontuário do paciente.
Importante: Especificar se precisa ou não, do médico na remoção.



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 17:42

	Nome Paciente:	MARTA SIVIA CLEMENTE
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/07/1960
	Sexo:	Feminino
	Idade:	59 anos
	Senha:	0040
	Convênio:	
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 28/10/2019 17:47 - 28/10/2019 17:50

JANDIRA DA ROCHA GUEDES MARCOLINO - COREN: 587256 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DA POLICLINICA JAMACI DE MEDEIROS COM SENHA 5803491, RELATO DE QUEDA DENTOR DO ONIBUS, PARA AVALIAÇÃO COM A CIRURGIA GERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA.

Medicamento(s): INSULINA NPH

Observação: HAS -

DM +

ALERGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: JANDIRA DA ROCHA GUEDES MARCOLINO - COREN: 587256 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 17:50

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:01
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050151700000058942890>
Número do documento: 20032916050151700000058942890

Num. 59953257 - Pág. 2



HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 16:50:24
SAME:

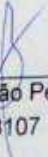
Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz....: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitação: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:
Unidade Internação:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN

Técnica:- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a administração de contraste.

Achaods:

- Atenuação e volume normais do fígado e baço.
- Vesícula biliar não caracterizada (cirurgia prévia?).
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.
- Aorta e veia cava de dimensões normais e contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Rins de topografia habitual, com atenuação, forma, volume e contornos normais, sem evidência de calcificações ou obstrução do seu sistema de drenagem.
- **Bexiga de volume bastante aumentado e distendida (bexigoma).**
- Utero apresentando formações noduliformes com calcificações grosseiras. Achado sugere processo leiomiomatoso.
- **Avaliação óssea mostra fraturas do nono ao décimo segundo arco costal à esquerda, além de fratura no aspecto superior da parede posterior do acetáculo direito.**


Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107





HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA
CENTRO DIAGNÓSTICO
TOMOGRAFIA



Data: 29/10/2019
Hora: 18:50:37
SAME:

Pedido: 390716 Atendimento: 530509 Idade: 59a 3m 10d
Paciente: 121614 MARTA SILVIA CLEMENTE Sexo: Feminino
Médico Solicitante: CRM - 14418 MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Data da Solicitação: 28/10/2019 Hora: 19:23:47 Dt. Realiz.: 28/10/2019
Convênio: SUS/SIA AMB/URG Origem da Solicitud: PM CABO STO AGOSTINO
Unidade Internação: Enfermaria: Leito:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX – SEM CONTRASTE

TÉCNICA: Os cortes tomográficos computadorizados do tórax foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

Achados:

- Opacidades consolidativas com alguns focos fibroatelectásicos em ambas as bases pulmonares. Achado usualmente observado em situações de processo infeccioso em remissão, porém no contexto de trauma, pode corresponder a focos de contusão.
- Não há evidência de derrame pleural.
- As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais.
- Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.
- Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.
- Hilos pulmonares anatômicos.
- Aparente fratura da nona costela torácica à esquerda. Não foi possível analisar os segmentos costais mais inferiores.

Dr(a): Bruno Brandão Pernambuco
CRM: 18107





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200114071

Vítima: MARTA SILVIA CLEMNTE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARTA SILVIA CLEMNTE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 22/11/2019, emitido pelo Dr. XISTO LUNA CRM nº 16635 - PE, da Instituição HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00807/00808 - carta_31 - INVALIDEZ



00050404

Carta nº 15638881



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:05:01
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916050168800000058942892>
Número do documento: 20032916050168800000058942892

Num. 59953259 - Pág. 1

JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:08:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916084647100000058942895>
Número do documento: 20032916084647100000058942895

Num. 59953262 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE – PE.

PROCESSO Nº: 0017008-55.2020.8.17.2001

Seção A

MARTA SÍLVIA CLEMENTE, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A: 09.248.608/0001-04 e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A, CNPJ 60.831.344/0001-74.**

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 29 de março de 2020.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 29/03/2020 16:08:46
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032916084655700000058942896>
Número do documento: 20032916084655700000058942896

Num. 59953263 - Pág. 1